

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1900-1901. — N° 110

LA
TUMEUR PRÉLACRYMALE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 11 février 1901

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Charles ARIBAUD

Ex-externe des hôpitaux de Lyon

Né à Condrieu (Rhône), le 2 décembre 1874

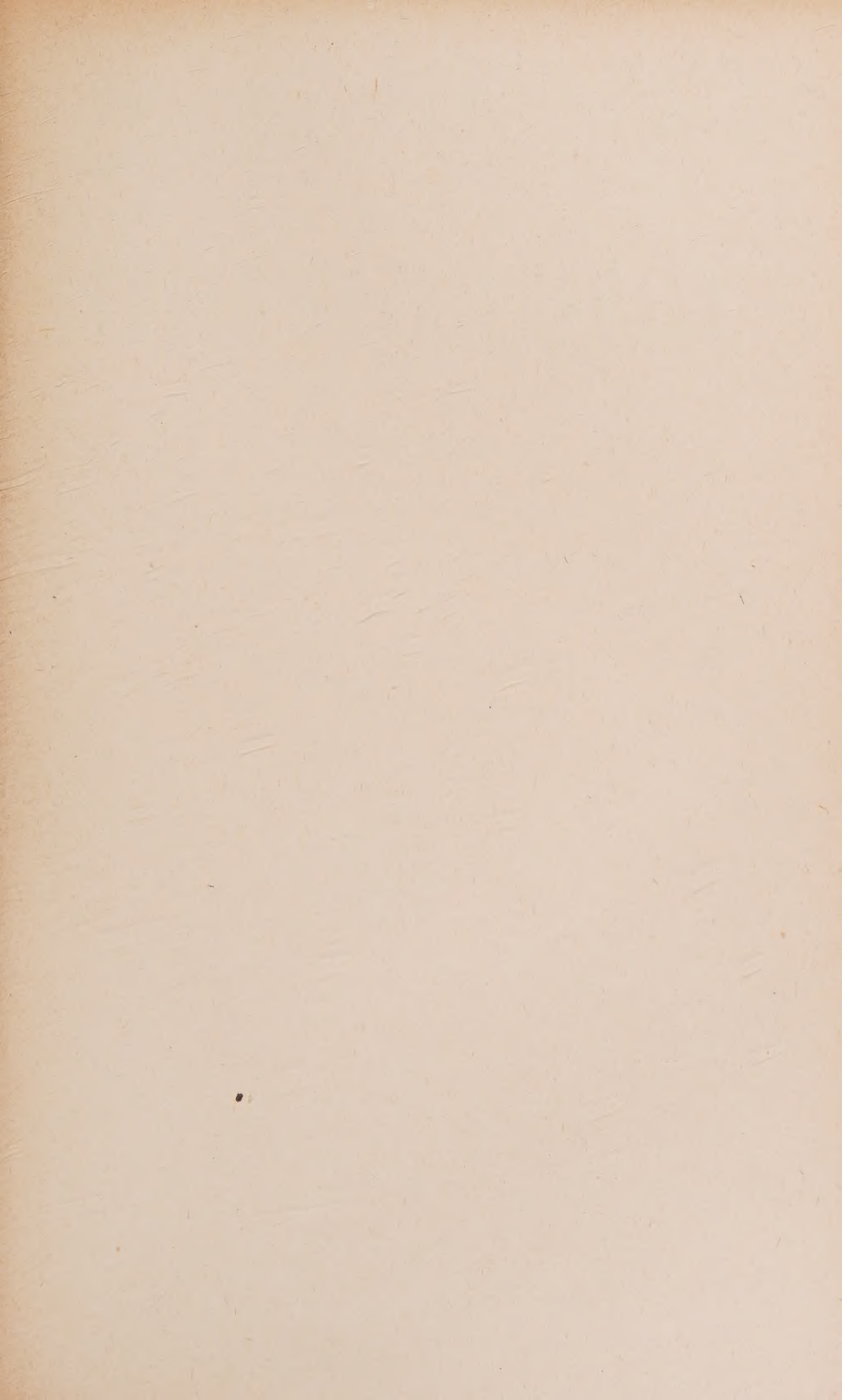


LYON

ASSOCIATION TYPOGRAPHIQUE

Rue de la Barre, 12. — F. PLAN, Directeur

—
1901





Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1900-1901. — N° 110

LA
TUMEUR PRÉLACRYMALE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 11 février 1901

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Charles ARIBAUD

Ex-externe des hôpitaux de Lyon

Né à Condrieu (Rhône), le 2 décembre 1874



LYON

ASSOCIATION TYPOGRAPHIQUE

Rue de la Barre, 12. — F. PLAN, Directeur

1901

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET.	DOYEN.
LACASSAGNE.	ASSESEUR.
CROLAS.	QUESTEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	{	MM. LÉPINE. BONDET. BARD. PONCET. X...
Cliniques chirurgicales		
Clinique obstétricale et Accouchements.		FOCHIER.
Clinique ophthalmologique		GAYET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		GAILLETON.
Clinique des maladies mentales.		PIERRET.
Physique médicale.		MONOYER.
Chimie médicale et pharmaceutique.		HUGOUNENQ.
Chimie organique et Toxicologie.		CAZENEUVE.
Matière médicale et Botanique.		FLORENCE.
Parasitologie.		LORTET.
Anatomie.		TESLUT.
Anatomie générale et Histologie.		RENAUT.
Physiologie.		MORAT.
Pathologie interne.		TEISSIER.
Pathologie externe.		AUGAGNEUR.
Pathologie et Thérapeutique générales.		MAYET.
Anatomie pathologique.		TRIPPIER.
Médecine opératoire.		POLLOSSON (Maurice).
Médecine expérimentale et comparée		ARLOING.
Médecine légale.		LACASSAGNE.
Hygiène		COURMONT.
Thérapeutique.		SOULIER.
Pharmacologie.		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes M. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants.	MM. WEILL,	agrégé
Maladies des voies urinaires.	CHANDELUX,	—
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS,	—
Accouchements.	POLLOSSON (Aug.),	—
Propédeutique médicale	ROQUE,	—
Propédeutique chirurgicale	GANGOLPHE,	—
Botanique.	BEAUVISAGE,	—

AGRÉGÉS

MM. BEAUVISAGE.	MM. CONDAMIN.	MM. VALLAS.	MM. PAVIOT.
ROQUE.	DEVIC.	SIRAUD.	NOVÉ-JOSSERAND.
ROUX.	COLLET.	DURAND.	BERARD.
POLLOSSON (A.)	BOYER.	DOYON.	SAMBUC.
ROCHET.	BARRAL.	PIC.	BORDIER.
ROLLET.	MOREAU.		

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. PONCET, Président; M. LANNOIS, Assesseur;
MM. ROLLET et BÉRARD, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

Le Docteur J.-Philippe ARIBAUD.

A MON PÈRE

Le Docteur Philippe ARIBAUD

Ex-Interne des Hôpitaux de Lyon.

PRÉFACE

Nos premiers remerciements s'adresseront à nos maîtres dans les Hôpitaux :

M. le Professeur Gayet ;

MM. Vincent, Vallas, Rollet, Professeurs agrégés, Chirurgiens des Hôpitaux.

Mais nous n'oublierons pas que nous avons contracté une dette de reconnaissance envers :

M. le Professeur Poncet qui, toujours plein de bienveillance à notre égard pendant la durée de nos études, a bien voulu présider notre thèse.

M. le D^r Mouisset, Médecin des Hôpitaux, qui nous a accueilli avec tant d'amabilité dans ses différents services.

MM. les D^{rs} Coronat et Jacqueau qui ont si complaisamment dirigé nos premières études d'ophtalmologie et contribué à notre travail.

Que M. Villard, Chirurgien des Hôpitaux, MM. les D^{rs} Navarre et Coste qui nous ont fourni des observations ; M. Laroyenne, aide d'anatomie à la Faculté, qui a bien voulu nous aider dans nos dissections, reçoivent l'expression de notre gratitude.

CHAPITRE I.

De l'existence anatomique de la tumeur prélacrymale.

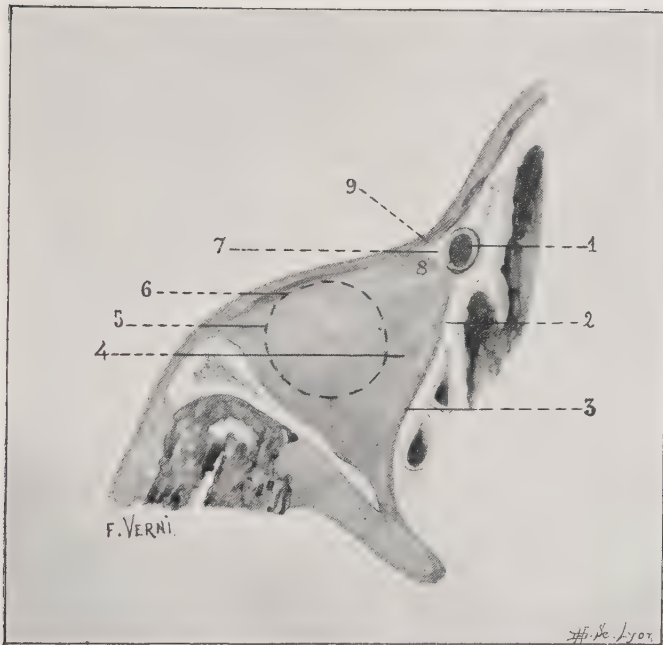
Les auteurs classiques décrivent ainsi le sac lacrymal et ses rapports :

« Le sac lacrymal est un réservoir membraneux situé sur le côté interne de la base de l'orbite. Il affecte la forme d'un cylindre dont le grand axe, tout en se rapprochant beaucoup de la direction verticale, est cependant un peu oblique de haut en bas, d'avant en arrière et de dedans en dehors. De plus, il n'est pas complètement rectiligne, mais décrit une légère courbe à concavité postérieure. Sa hauteur est de 12 à 15 millimètres; son diamètre antéro-postérieur est de 6 à 7 millimètres; son diamètre transversal un peu plus petit, mesure 4 à 5 millimètres seulement. Le cylindre, auquel nous l'avons comparé, est donc légèrement aplati dans le sens transversal.

Au point de vue de sa configuration extérieure et de ses rapports, on peut considérer au sac lacrymal deux extrémités et quatre faces.

De ces deux extrémités, la supérieure est fermée en forme de cul-de-sac : c'est le fond du sac lacrymal. L'inférieure s'ouvre dans le canal nasal qui continue directement le sac lacrymal, sans qu'aucun caractère extérieur ne relève à l'œil les limites respectives de ces deux positions des voies lacrymales.

Les quatre faces se distinguent en antérieure, postérieure, interne et externe. La face antérieure est en rapport *immédiat* avec le tendon de l'orbiculaire et les faisceaux d'origine de ce muscle. Sur ce premier plan vient s'étaler une couche de tissu cellulaire généralement fort mince, et sur cette couche cellulaire, la peau de la commissure interne des paupières. Le tendon direct de l'orbiculaire répond à la partie supérieure du sac et divise ce dernier en deux portions fort inégales : au-dessus de lui et ne le dépassant que de 2 millimètres, se dresse le cul-de-sac terminal ; au-dessous de lui se trouve une bonne moitié, la moitié inférieure du sac lacrymal. Cette moitié inférieure est libre, et, comme elle n'est soutenue par aucun plan résistant, elle se distend et bombe en avant toutes les fois qu'une circonstance quelconque (accumulation de larmes, production de pus, injection artificielle) vient accroître la pression intérieure au-delà des limites normales. La face postérieure du sac lacrymal répond au tendon réfléchi de l'orbiculaire, doublé du muscle de Horner. Au-dessus et au-dessous de ce tendon, le sac entre en contact avec le septum



1. Sac lacrymal. — 2. Coupe du maxillaire supérieur. — 3. Périoste. — 4. Graisses de l'orbite. — 5. Coupe sous-équatoriale de l'œil. — 6. Faisceaux de l'orbiculaire. — 7. Espace prélacrymal. — 8. Septum orbital. — 9. Aponévrose prélacrymale.

COUPE SEMI-SCHÉMATIQUE

orbitale, qui s'insère sur la crête de l'unguis et qui le sépare ainsi du tissu cellulo-adipeux de l'orbite. La face externe est située dans l'angle que forment, en s'écartant l'un de l'autre, le tendon direct et le tendon réfléchi de l'orbiculaire. Il répond encore, au même niveau, à la portion commune des conduits lacrymaux, qui perfore cette face, à la réunion de son tiers supérieur avec son tiers moyen. La face interne, enfin, répond par conséquent à la branche montante du maxillaire supérieur et à l'unguis. Ces parties osseuses sont naturellement recouvertes par le périoste, et nous ferons remarquer qu'une couche de tissu plus ou moins dense unit à ce niveau le sac lacrymal et la lame périostale, Testut (1). »

De cette description, nous insisterons sur deux points : les rapports du tendon orbiculaire direct avec le dôme lacrymal et les rapports de la partie antérieure du sac.

Plusieurs auteurs, M. le Prof. agrégé Rollet entre autres, ont fait remarqué que souvent le tendon direct de l'orbiculaire ne sépare pas le sac en deux parties plus ou moins inégales, mais que, situé plus haut que dans la moyenne des cas, il recouvre seul le dôme lacrymal et le bride fortement. Ceci a son importance, car dans les affections du sac coïncidant avec cette disposition, il n'existe pas de tumeur supra-tendineuse, et quand on constatera seule une tumeur supra-tendineuse, on pourra affirmer presque toujours que son origine n'est pas sacculaire, mais sinusienne, ainsi

(1) Testut : *Traité d'anatomie humaine*, tome III, p. 261-262.

que l'a montré M. Rollet dans six cas où la trépanation du sinus frontal a confirmé son diagnostic. C'est du reste là un point sur lequel nous aurons l'occasion de revenir.

Tous les anatomistes classiques donnent une description en tous points comparable à celle que nous avons empruntée à M. Testut, sur les rapports de la face antérieure du sac. Tous admettent le contact immédiat du tendon direct de l'orbiculaire et de la paroi antérieure du sac. Les ophtalmologistes soutiennent la même opinion : de Wecker, Panas, Valude, etc. Cependant en 1897, MM. Rollet (1) et Vadon (2) décrivent autrement les rapports de cette paroi : « la coque fibreuse et le sac, ne sont jamais en adhérence intime, et il y a toujours entre eux un léger tissu lâche, en incisant avec précaution, parallèlement à la crête de l'apophyse montante où s'insère la lame aponevrotique, et en se servant ensuite d'un instrument mousse, on peut très bien les libérer l'un de l'autre. »

Guidé et aidé par M. L. Laroyenne, interne des hôpitaux et aide d'anatomie, nous avons repris en détail l'étude de cette région. De nos observations, au nombre de 12, nous nous croyons autorisé à conclure à l'existence au devant du sac d'une poche prélacrymale, remplie, chez le fœtus, de tissu cellulaire en abondance et chez l'adulte, au contraire, ne contenant que très peu d'un tissu cellulaire très

(1) Rollet : *Lyon Médical*, 2 mai 1897.

(2) Vadon J. : De l'extirpation du sac dans les dacryocystites (thèse de Lyon, 1897).

léger; cette poche est bridée en avant par un plan plus résistant, fibreux, qui nous semble être une expansion fibreuse du tendon direct de l'orbiculaire et qui va s'insérer sur l'apophyse montante du maxillaire supérieur.

En effet, si l'on dissèque avec précaution la région du sac, après avoir fendu la peau et le mince tissu cellulaire sous-jacent, que l'on sectionne le tendon direct de l'orbiculaire et que l'on le relève, on croit être en présence du sac. Il n'en est rien, comme le prouve une ponction faite au plan sous-jacent et c'est après avoir sectionné ce plan, que l'on tombe dans une loge au fond de laquelle on aperçoit le sac reconnaissable à sa teinte grisâtre, et un coup de scalpel lève vite tous les doutes que l'on pourrait avoir sur sa nature, car on tombe dans une vraie cavité et un stylet introduit par la boutonnière ne tarde pas à vous faire reconnaître le canal nasal dans lequel il s'enfonce : donc, plus de doute à son égard : c'est bien le sac que l'on a devant soi.

Cette disposition, nous l'avons trouvée dans tous les sujets que nous avons examinés d'une manière constante, c'est-à-dire sur plus de douze sacs lacrymaux pris au hasard dans les salles de dissection.

C'est encore la même disposition que l'on trouve quand on pratique l'extirpation dans les dacryocystites : l'on croit avoir fendu le sac et l'on est encore dans l'espace prélacrymal et souvent nous avons pu constater, sur le vivant, dans le service de M. le Prof. agrégé Rollet, l'existence de cet espace prélacrymal alors qu'il pratiquait cette opération.

Nous avons fait une différence entre le fœtus et l'adulte au point de vue du tissu cellulaire de l'espace prélacrymal : nous avons eu, en effet, l'occasion de disséquer deux sacs de fœtus presque à terme, et deux fois nous sommes tombés sur un tissu cellulaire abondant et dense remplissant l'espace prélacrymal ; chez l'adulte au contraire, cet espace est à peu près vide et donne l'impression d'une poche située au devant du sac.

De toutes ces observations, soit sur le cadavre au cours de nos dissections avec M. Laroyenne, aide d'anatomie, soit sur le vivant, au cours des interventions faites sur le sac par M. le Prof. agrégé Rollet, nous concluons à l'existence d'un espace prélacrymal situé au devant du sac et bridé en avant par une mince aponévrose dépendant du tendon direct de l'orbiculaire.

Au point de vue pathologique, quoi d'étonnant alors que cet espace s'infecte par voisinage, au cours des affections du sac, que le pus s'y collecte et forme une tumeur prélacrymale.

CHAPITRE II

Définition et historique de la tumeur prélacrymale.

DÉFINITION.

La tumeur prélacrymale proprement dite est une tumeur arrondie ou ovoïde, développée au-dessous du tendon direct de l'orbiculaire et simulant la tumeur classique par rétention, causée par une *collection* purulente occupant l'espace présacculaire, mais *sans communication* avec le sac.

Nous pouvons d'ores et déjà, quitte à y revenir plus tard, différencier cette tumeur ainsi décrite de ce que M. Jocqs (1) a appelé récemment la tumeur péricystique, où il existe une *perforation* de la paroi antérieure du sac, avec abcès en bouton de chemise, et de la péricystite décrite par M. Parinaud (2), qui est

(1) Jocqs : *Clinique ophtalmologique*, février 1900.

(2) Parinaud : Péricystite lacrymale (*Annales d'oculistique*, mai 1891).

une inflammation à forme diffuse, compliquant une suppuration lacrymale avec ou sans ectasie du sac.

Nous ajouterons encore que la tumeur prélacrymale, ainsi que nous l'entendons, peut coïncider avec un léger catarrhe lacrymal, mais que souvent aussi elle existe sur des sujets ayant toujours été indemnes d'affection lacrymale, même légère.

HISTORIQUE.

L'idée d'une collection de nature quelconque, se développant au-devant du sac lacrymal sans que celui-ci fut intéressé, avait déjà été exprimée et discutée par d'anciens ophtalmologistes.

On trouve, en effet, dans le *Manuel d'oculistique* de Wenzen (Paris, 1808), la description suivante de l'anchilops :

« Anchilops (1) : tumeur du grand angle. Cette tumeur, que les Grecs ont nommée *αγκιλωψ*, les Latins *anchilops*, se montre dans le grand angle, presque toujours au-dessous des paupières. Elle vient entre le nez et l'angle interne, et a son siège dans la graisse et la peau qui recouvrent le muscle orbitaire. Elle tient de la nature des tumeurs inflammatoires ou graisseuses.

« La matière qui forme l'anchilops est *enfermée dans un sac particulier*, c'est une petite tumeur enkystée.

(1) Définition citée par Armaignac, in. *Annales d'oculistique*, novembre 1900).

« L'anchilops n'a point de communication avec le réservoir des larmes, à moins qu'il ne soit très ancien et que le pus ne se soit fait jour jusqu'au sac lacrymal, ce qui est rare.

« Lorsque l'anchilops s'est ulcéré spontanément et qu'il offre une ouverture à l'extérieur, à travers laquelle sort la matière purulente, la maladie porte alors le nom d'œgilops, nom que les anciens ont aussi donné improprement à la fistule lacrymale, car l'œgilops n'est que l'anchilops ulcéré et n'a aucune relation avec le conduit des larmes. »

Demons fils s'insurge contre cette manière de voir ; pour lui c'est une erreur de supposer qu'une tumeur puisse venir se former au-devant du sac. Cependant, il reconnaît que, sur cent tumeurs du grand angle, il en existe au moins une qui n'aie pas pour origine le sac lacrymal, et qui soit située en dehors de ce dernier, les voies lacrymales étant intactes.

Il cite, à l'appui de son opinion, une observation que nous donnons *in extenso*.

Dépôt au devant du sac, pris pour un dépôt dans cette cavité. (Demours, Mon Journal, 15 novembre 1799) (1).

« M. de la Ch... eut une fluxion érysipélateuse sur l'os du nez : le gonflement assez considérable dura longtemps et s'étendit sous l'œil. Vers le milieu d'octobre 1799, il lui en survint une autre près de l'os

(1) In thèse Peyroux, Lyon 1894.

de la pommette ; elle était dissipée depuis quinze jours, lorsqu'une troisième se manifesta au grand angle et à toute la paupière inférieure *au point de me faire prononcer que le siège principal du dépôt était dans le sac lacrymal, que c'était le véritable anchilops qui n'allait pas tarder à se convertir en œgilops par la rupture du sac et du tissu entamé.* Je conçus cependant quelques doutes en apprenant que le malade avait eu deux fluxions du même genre. Le cinquième jour, le gonflement était tellement circonscrit, que mes doutes étaient presque entièrement évanouis. Je fis une incision qui fut à peu près inutile. Il sortit peu de matières ; la tumeur ne se vida pas, comme je m'y attendais, *la croyant lacrymale.* Un nouveau point blanchâtre se manifesta le lendemain du côté de la commissure interne des paupières. *L'injection faite par le point lacrymal passa librement dans le nez* et je reconnut mon erreur.

« Il est très rare de rencontrer une tumeur située hors du sac lacrymal et qui ait autant de ressemblance avec celles qui sont dues à un amas de matières dans l'intérieur du sac. Heureusement, il ne faut dans les premiers jours, dans l'un et l'autre cas, que des cataplasmes émollients. »

Desmarres (1) a observé un cas analogue dont il rapporte l'observation.

« Le 24 décembre 1852 on apporta à ma clinique un garçon, Mathieu, âgé de trois ans, demeurant

(1) In thèse Peyroux, *Des affections du grand angle, simulant une maladie des voies lacrymales.*

route de Montreuil, 143. Cet enfant est atteint d'une ulcération fistuleuse de la peau au-dessous du tendon de l'orbiculaire, depuis plus d'un mois, malgré les soins qu'il a recus, la plaie ne guérit pas et continue à donner du pus en petite quantité.

« *Je crus d'abord, comme le médecin présent, avoir affaire à une fistule lacrymale, mais quelques doutes s'étant élevés dans mon esprit, je pratiquai une injection et me convainquis que le sac lacrymal était sain. Le malade guérit complètement par les mêmes moyens et en quelques jours.* »

Béraud (1) décrit ainsi un kyste dermoïde pré-lacrymal :

« J'ai eu une fois l'occasion de faire sur le cadavre la distinction entre une tumeur lacrymale due au développement d'un follicule muqueux du sac et un kyste dermique occupant le grand angle de l'œil.

« C'était sur une vieille femme de soixante ans, cette tumeur était ovoïde, d'une longueur de quatre millimètres de bas en haut, et de trois millimètres suivant le diamètre horizontal. Sa surface n'était pas bosselée, sa consistance était assez grande et la pression ne faisait pas diminuer son volume.

« En injectant un liquide dans les points lacrymaux on les trouve libres, et ce même liquide arrive avec facilité dans la narine correspondante.

« Je me suis convaincu ensuite que cette tumeur était dans l'épaisseur de la peau et *qu'elle était sé-*

(1) In thèse Peyroux.

parée du tendon de l'orbiculaire et de la face antérieure du sac par un tissu cellulaire filamenteux, elle est totalement formée par une poche qui, par la déchirure, laisse échapper une matière blanche, caséuse, d'un aspect gras et onctueux, s'écrasant facilement. »

Ces anciens ophthalmologistes admettent donc tacitement un espace présacculaire où peuvent se développer des tumeurs de différente nature, inflammatoires dans la plupart des cas, ou dermoïdes comme dans le cas de Béraud.

Comme nous, ils trouvent dans ce cas les voies lacrymales perméables et Wenzen donne même de l'anchilops une description en contradiction avec les classiques de son temps, il est vrai, description qui répond assez bien à notre tumeur prélacrymale, mais ne connaissant pas l'espace présacculaire, il en place le siège dans la graisse située au devant du sac.

Quant aux observations de Demours et Desmarres, elles ne peuvent s'appliquer qu'à l'affection que nous avons décrite sous le nom de tumeur prélacrymale proprement dite.

Il faut arriver à 1891, à cette époque M. Parinaud, étudiant dans un important mémoire les accidents inflammatoires consécutifs au rétrécissement du canal nasal, décrit des péricystites diffuses simulant des périostites et se développant dans les tissus sous muqueux et le long du bord inférieur de l'orbite. Depuis, M. Peyroux, dans sa thèse, et les auteurs classiques restent muets sur cette question et l'on y

lit simplement la description de la tumeur lacrymale par rétention, (mucocèle, empyème, etc., Fuchs, Gayet, Meyer, Haab et Terson, Truc et Valude, etc.).

Le 11 avril 1899, dans une discussion à la Société d'ophtamologie de Paris, M. Jocqs, à propos d'une communication de M. Antonelli, sur le traitement de la dacryocystite, par les bougies médicamenteuses, soutient que la tumeur lacrymale, soit purulente, soit muqueuse est due, non à la dilatation du sac, mais à une *poche péricystique communiquant avec le sac* par une fistule à travers la paroi antérieure de ce dernier.

Le 4 Février 1900, le Prof. agrégé Rollet dans un premier article (1) montre qu'il existe des *tumeurs sans perforation sacculaire*, qu'il propose d'appeler *prélacrymales*, ressemblant à des tumeurs lacrymales par rétention et en donne la condition anatomique en s'appuyant sur ses dissections et celles de son élève Vadon.

Le 25 Février 1900, M. Jocqs publie dans la *Clinique ophtalmologique* un article ayant pour titre « Considérations sur la constitution de la tumeur lacrymale (tumeur péricystique) » où il décrit la péricystique lacrymale consécutive à une fistule de la partie antérieure du sac, dont il rapporte une observation, et s'efforce d'identifier cette application avec la tumeur prélacrymale décrite par M. Rollet.

Peu de jours après, dans le même journal, M. Thiébaud, d'Alger, publie une lettre où il s'associe entièrement aux conclusions de M. Jocqs.

(1) *Lyon médical*, 4 Février 1900. Tumeur prélacrymale.

En Mai 1900, M. le Prof. agrégé Rollet, dans un nouveau travail (1), fait une revue d'ensemble sur cette question et étudie la tumeur prélacrymale surtout au point de vue de son traitement.

Le dernier travail paru date du mois de Novembre 1900, et est dû à M. Armaignac (2). Dans cet article, l'auteur rappelle qu'en 1881, dans un de ses ouvrages, il a décrit un abcès situé au devant du sac lacrymal ; sa cavité était double et figurait *un double bouton de chemise* ; un pertuis très étroit faisait ainsi communiquer les deux cavités purulentes dont la première était située au devant du sac et était la plus grande et la seconde par le sac lui-même.

Nous remercions vivement M. le Prof. agrégé Rollet de nous avoir communiqué ses documents, d'avoir encouragé nos recherches et dirigé nos études. Grâce à lui, nous avons pu rédiger un travail d'ensemble sur cette question que ses communications antérieures ont faites siennes.

Dans les chapitres qui vont suivre nous essayerons de tracer l'histoire symptomatologique et clinique de la tumeur prélacrymale telle que nous l'entendons.

Nous réserverons un paragraphe spécial à la péri-cystite qui, à notre point de vue, est une forme particulière de la tumeur prélacrymale, c'est-à-dire une tumeur prélacrymale secondaire, avec large communication avec le sac lacrymal.

(1) La tumeur prélacrymale et son traitement, *Annales d'oculistique*, Mai 1900.

(2) Armaignac, à propos de la tumeur lacrymale, *Annales d'oculistique*, Novembre 1900.

CHAPITRE III.

Symptomatologie.

*Tumeur prélacrymale proprement dite,
sans perforation du sac.*

Si nous analysons les huit premières observations que nous donnons, nous remarquons que l'état lacrymal concomittant était nul ou léger, que le cathétérisme était facile et que les injections passaient facilement.

Dans la quatrième seulement, nous trouvons un écoulement purulent, mais si l'on veut bien la lire attentivement, on remarquera que l'écoulement accompagne la dacryocystite actuelle et que lorsque la malade n'avait encore qu'une tumeur prélacrymale, elle ne présentait qu'un léger épiphora.

Ce symptôme nous a donc paru important à noter, aussi nous y insisterons. Pour nous, dans le cas de tumeur prélacrymale, l'état lacrymal antérieur et accompagnant l'affection, tant qu'il n'y a pas complication, est nul ou très peu accentué.

Nous croyons, en effet, que la tumeur prélacrymale proprement dite est due à une infection légère; et qu'une infection suffisante pour donner des symptômes lacrymaux marqués serait le point de départ de suppurations de la loge lacrymale plus étendues et plus diffuses que la tumeur prélacrymale. C'est du reste là un point particulier que nous étudierons plus en détail dans le chapitre réservé à la pathologie de cette affection.

Le début de la tumeur est insidieux, le malade qui ne s'était jamais inquiété de son écoulement lacrymal ou qui n'en avait jamais eu, s'aperçoit qu'il a une certaine gêne des mouvements des paupières, son œil est « collé » le matin. Puis apparaît une petite tuméfaction à l'angle interne de l'œil, sans écoulement purulent ni par les points lacrymaux ni par le nez, la peau qui recouvre cette tuméfaction devient rouge, mais il n'y a pas de symptômes généraux; c'est en général à ce moment qu'il vient consulter.

Puis apparaît sur cette tumeur ovoïde un petit point blanc qui ne tarde pas à s'abcéder. La paupière inférieure s'œdématie parfois légèrement, ses mouvements deviennent difficiles.

Par la petite ulcération s'écoule un peu de pus : la fistule borgne externe est constituée et durera un temps plus ou moins long si l'on n'intervient pas.

Quand le malade vient à la consultation, l'examen objectif nous montre les symptômes suivants : une tuméfaction de la grosseur d'une noisette, ulcérée ou non, suivant l'époque de l'évolution où l'on voit le malade.

La peau est enflammée au dessus, rouge, plus ou moins brunâtre, la réaction locale est plus ou moins considérable; les symptômes généraux sont nuls ou peu accusés.

La palpation fait sentir, en général, une fluctuation nette, mais en pressant sur la tumeur on ne l'affaisse pas et on ne provoque aucun écoulement purulent par les points lacrymaux ou la narine correspondante.

Si l'on explore les voies lacrymales, en pareil cas, mais avec précaution de peur de provoquer une fistule borgne interne et d'aggraver l'état actuel, on remarque que la sonde passe facilement et c'est à peine si elle fait constater parfois quelques rétrécissements peu considérables car presque toujours les injections passent avec la plus grande facilité. — L'évolution clinique de la maladie est aussi toute particulière et peut en faire faire dans de quelques cas le diagnostic rétrospectif.

Comme nous l'avons vu, en effet, la tumeur s'ulcère au bout d'un temps variable, mais le plus souvent assez court : une fistule borgne externe s'établit si l'on n'a pas eu recours plutôt au bistouri pour ouvrir une large voie au pus et empêcher les décollements de se produire.

Par cette fistulette ainsi formée s'écoule un pus bien lié, la suppuration dure quelques jours, puis tarit, la fistule se ferme, puis tout rentre dans l'ordre et c'est à peine si la place de l'ancienne ulcération reste marquée par un peu de rougeur.

C'est la terminaison la plus simple et la plus commune.

D'autres fois, cependant, la terminaison est plus compliquée : c'est ainsi que dans l'observation VIII que nous a communiquée M. le Dr Jacqueau, une tumeur prélacrymale ayant pour origine un traumatisme extérieur ayant donné lieu à une plaie du grand angle, qui plus tard s'est infectée, s'ouvre par une fistule interne dans le sac donnant lieu à une dacryocystite purulente qui persistait encore bien après la guérison de la tumeur prélacrymale.

Nous avons encore pu constater une terminaison similaire dans l'observation IV recueillie à la consultation gratuite de M. le Prof. agrégé Rollet. Dans cette observation, nous voyons la malade atteinte à trois reprises différentes de tumeurs prélacrymales inflammatoires, à des années de distance, et s'étant toutes abcédées à l'extérieur sans complication, donner lieu la troisième fois à une dacryocystite purulente par propagation au sac de dehors en dedans.

Il n'est donc pas impossible d'admettre pour quelques cas la propagation inflammatoire de dehors en dedans, et ces deux cas en sont des exemples.

Si la terminaison simple est la règle générale, il peut arriver parfois des complications, quoique cependant elles soient bien moins fréquentes que dans le cas de tumeurs communicantes.

Le pus, au lieu de se collecter, peut, doué d'une plus grande virulence, se diffuser et donner lieu à des périocystites diffuses telles qu'en a décrites M. Parinaud et simuler alors soit l'érysipèle, soit même l'ostéite de l'unguis et du maxillaire supérieur.

Enfin, comme nous venons de le voir plus haut, la

tumeur prélacrymale proprement dite peut se compliquer à la longue de dacryocystite purulente par propagation de l'extérieur à l'intérieur, et simuler un empyème du sac.

Nous devons ici, quoique ce soit pas une complication de la tumeur prélacrymale, parler de sa récurrence. Comme nos observations nous l'ont montré, n^{os} I, IV, VII, la tumeur prélacrymale proprement dite peut récidiver qu'elle ait été opérée ou non, mais cette récurrence a lieu assez tardivement : un cas dans nos observations, et il faut probablement l'attribuer à une nouvelle infection de l'espace prélacrymal par les microorganismes du sac et n'établir aucune relation avec la première infection.

Vu le nombre et la fréquence des affections des voies lacrymales il est assez curieux de constater que les tumeurs prélacrymales sont assez rares, du moins dans les consultations hospitalières, et que les dacryocystites abondent, cependant d'après l'étiologie de ces dernières ce devrait être le contraire.

On peut invoquer deux faits pour expliquer cette contradiction :

La tumeur prélacrymale est une affection bénigne se terminant ordinairement d'une façon simple et rapide; les malades n'ont pas le temps de se rendre un compte exact de leur affection et de venir à la consultation, qu'ils sont guéris.

Dans les cas où la tumeur prélacrymale se complique, cette complication est prise pour un phlegmon lacrymal, on intervient sans anesthésie, sans rechercher méthodiquement le sac, on curette ou cautérise

la poche d'un phlegmon prélacrymal croyant modifier les parois du sac et l'on méconnaît l'origine de l'affection et sa véritable localisation.

Si l'on recherche la nature du pus trouvé dans les tumeurs prélacrymales on trouve dans nos observations que les unes sont dues au streptocoque, d'autres au staphylocoque (P. Courmont) I, III, dans la V on trouve des fongosités et le sujet a des antécédents de tuberculose. Si l'on cherche dans les auteurs on trouve une observation de Mackensie où un ulcère syphilitique simulant une fistule lacrymale s'est développé dans le tissu présacculaire.

OBSERVATION.

(Mackensie. — *Traité des maladies des yeux*, 1856).

On m'amène un garçon de sept ans qui avait un ulcère de mauvais aspect, occupant une grande partie de la paupière inférieure droite. Il avait été traité par un praticien qui l'avait considéré comme atteint d'une fistule du sac lacrymal et avait enfoncé à travers l'ulcère une sonde dans la direction du canal nasal. Cette manœuvre avait beaucoup empiré l'état de l'ulcère. Je pensai d'abord qu'il s'agissait d'un ulcère scrofuleux; mais m'apercevant au bout de quelques jours qu'au lieu de s'amender, il ne faisait que s'accroître sous l'influence des pansements adoucissants et du sulfate de quinine à l'intérieur,

je commençai à soupçonner son ulcère syphilitique; en examinant la gorge j'aperçus un ulcère sordide sur le voile du palais. J'administrai au malade le calomel avec l'opium et sous l'influence de ce traitement, l'ulcère diminua rapidement et guérit avec un renversement considérable en dehors.

Nous diviserons donc, d'après l'étiologie, les tumeurs prélacrymales proprement dites en :

- a) Tumeurs prélacrymales inflammatoires (streptocoque, staphylocoque et autres micro-organismes de la suppuration);
- b) Tumeurs prélacrymales tuberculeuses;
- c) Tumeurs prélacrymales syphilitiques.

Il est donc de la loge prélacrymale comme de beaucoup d'espaces cellulaires de l'organisme, l'espace ischiorectal par exemple, où peuvent se développer les manifestations les plus diverses des infections inflammatoires ou spécifiques.

Tumeur prélacrymale secondaire, avec perforation du sac.

M. Jocqs dans un article déjà cité (1) décrit ainsi une affection du grand angle de l'œil qu'il s'est efforcé d'identifier à la tumeur prélacrymale telle que l'a décrite M. le Prof. agrégé Rollet.

(1) A l'appui de cette théorie M. Jocqs cite une seule observation que nous avons relatée *in extenso* (Obs. IX).

« Lorsqu'il y a une tumeur liquide au niveau de la région du sac, je prétends que les auteurs et avec eux tous les ophthalmologistes commettent une erreur en disant que le sac est dilaté.

Le sac lui-même n'est jamais que peu ou pas dilaté. En tous cas, ce qui constitue la tumeur muqueuse ou purulente ce n'est pas le sac lui-même, mais une poche péricystique développée dans le tissu cellulaire ambiant, grâce à une fistule de la paroi antérieure du sac par où se deverse continuellement le contenu du sac lui-même.

Si cette communication reste ouverte, le contenu de la poche se vide à la pression, soit par l'orifice inférieur, soit par les canalicules.

Si elle est fermée, la pression ne vide plus la poche : on a le mucocèle. Or, je dis que cette variété de dacryocystite avec tumeur, de beaucoup la plus fréquente, ne peut se guérir que par un traitement chirurgical basé sur cette nouvelle conception anatomique de la région. »

Nous sommes absolument de l'avis de cet auteur sur l'existence de pareils cas ; nous sommes encore avec lui quand il dit que dans les tumeurs lacrymales par rétention le sac n'est pas seul en jeu et qu'il existe une poche purulente au devant de lui qui peut communiquer avec lui par une fente glottique. C'est même là une disposition que M. le Prof. agrégé Rollet a rencontré au cours d'extirpation du sac pour des dacryocystites purulentes.

Nous dirons cependant que cette disposition n'est pas constante et que si quelquefois on la rencontre

nous croyons que la mucocèle ou l'empyème du sac sans communication avec l'espace présacculaire sont aussi fréquents et ne doivent pas être rayés de la pathologie des voies lacrymales.

Nous pouvons citer des cas à l'appui de cette manière de voir, et dernièrement encore M. le Prof. agrégé Rollet a, sous nos yeux, dans son service, opéré une mucocèle pour lequel il a pratiqué l'extirpation méthodique du sac. L'espace prélacrymal était absolument indemne de toute lésion.

Nous cesserons d'être avec M. Jocqs quand il veut identifier sa tumeur péricystique avec la tumeur prélacrymale proprement dite écrite par M. Rollet.

Nous n'admettons, en effet, comme tumeur prélacrymale proprement dite que les cas de poche présacculaire sans solution de continuité de la paroi antérieure du sac, et pour nous la tumeur péricystique ou sacculite perforante n'est qu'une *tumeur prélacrymale communicante ou secondaire*. Cette distinction est très importante pour le traitement, comme nous le verrons: la première ne nécessite qu'une incision, tandis que dans l'autre il faut recourir à l'ablation du sac.

Quels seront les symptômes de la tumeur prélacrymale communicante ?

Si, comme c'est le cas le plus général, elle est inflammatoire, elle sera consécutive à un ou plusieurs phlegmons du sac ; on aura donc des anamnestiques : un écoulement purulent par les canalicules ou le nez. La pression sur la tumeur pourra faire sourdre du pus et l'affaïsser un peu. Dans quelques cas, le cathétérisme pourra se faire, mais le plus souvent le canal nasal et les canalicules seront rétrécis.

Ces signes pourront faire faire le diagnostic avec l'empyème du sac. Mais si la tumeur péricystique coïncide, ce qui peut se voir, avec un empyème fermé, l'intervention seule pourra préciser le diagnostic.

Nous avons vu que pour la tumeur prélacrymale non communicante, la terminaison est très simple, la guérison rapide est la règle générale, et les complications une rareté. Dans la tumeur prélacrymale communicante, il en est autrement; il est du reste facile de le prévoir, le sac est intéressé, et chacun sait combien il est difficile et long d'obtenir la guérison d'une dacryocystite purulente.

Donc, en général, il faut recourir à l'intervention sanglante; cathétérisme et injections sont sans effet. Si l'on incise seulement, il se forme une fistule qui fait communiquer l'extérieur avec la poche péricystique qui, elle-même, est en relation avec le sac par une fente glottique; on comprend qu'il est difficile de tarir la suppuration dans une cavité aussi anfractueuse. D'autre part, les agents modificateurs que l'on peut y introduire ont bien des chances de ne pas produire leur effet sur toute la surface et de laisser des points non modifiés suppurer indéfiniment.

Nous donnerons, au chapitre du traitement, la description de la seule intervention qui nous paraisse devoir donner de bons résultats dans les cas de ce genre, et basée sur l'anatomie de la lésion.

On comprend aussi facilement qu'une infection de cette nature puisse diffuser et produire ces dacryocystites diffuses où toute la loge lacrymale suppure, et qui vont jusqu'à faire croire à des ostéites, ainsi que M. Parinaud en a décrites.

Nous ajouterons que la tumeur communicante surajoutée à un empyème du sac se voit surtout au cours d'une dacryocystite où l'on a pratiqué le cathétérisme ; c'est parfois la sonde qui, en éraillant la paroi antérieure du sac, a provoqué l'infection de l'espace présacculaire.

CHAPITRE IV.

Étiologie. — Pathogénie.

Que la tumeur prélacrymale soit communicante ou non, il est évident qu'au point de son étiologie c'est le sac lacrymal qu'il faut incriminer.

Le sac lacrymal est le réservoir des larmes, et c'est dans celles-ci qu'il faut chercher la cause de son infection si fréquente.

Les larmes sécrétées par les glandes lacrymales s'étalent au devant de la conjonctive et dans ses culs de sac, protégeant ainsi la cornée contre les atteintes des poussières extérieures. Elles sont maintenues entre les deux bords des paupières, grâce à la sécrétion graisseuse des glandes de Méibomius qui enduit ces dernières.

Mais ce rôle de protection, elles ne le jouent pas impunément ; elles entraînent, en effet, toutes les poussières et les germes apportés sur la conjonctive par l'atmosphère et, ainsi chargées sont entraînées vers le lac lacrymal où une partie de leur eau est évaporée.

De là elles sont aspirées par les points lacrymaux et arrivent à travers les canalicules jusqu'au sac lacrymal où elles séjournent jusqu'à ce qu'elles soient expulsées par le canal nasal dans la narine correspondante.

Le sac est donc constamment rempli de larmes tenant en suspension des germes pathogènes. On a bien avancé que les larmes étaient, grâce à leur alcalinité, douées d'un pouvoir microbicide et que certaines bactéries mêmes ne pouvaient y vivre ; mais malgré cette assertion, elles passent encore, aux yeux de la plupart, et à juste titre, pour posséder beaucoup plus les propriétés d'un bouillon de culture que celles d'un antiseptique.

Le sac possède donc des colonies microbiennes fertiles, même lorsque sa muqueuse n'est pas altérée et que ses canaux excréteurs ne sont pas le siège de rétrécissement.

Nous avons vu que les tumeurs prélacrymales proprement dites ne s'accompagnent pas le plus souvent de symptômes lacrymaux et que si quelquefois ces symptômes existent ils sont toujours légers.

S'il n'y a pas de lésion lacrymale, si tout l'appareil d'excrétion des larmes est intact, il faut admettre que les micro-organismes du sac peuvent filtrer à travers cette muqueuse paraissant saine, où la traversent à la faveur d'une éraillure sans qu'il y ait perforation véritable. C'est là une étiologie assez obscure, que nous ne nous chargerons pas d'expliquer.

Cependant on voit des faits analogues, des abcès développés à l'extérieur des cavités organiques avec

intégrité apparente des parois de ces cavités (abcès peri-rectaux, appendiculaires, péri-vésicaux, périnéphitiques).

Si il y a lésion lacrymale, même légère, les conditions changent; on se trouve en effet en présence d'un lieu de moindre résistance et d'une collection microbienne.

L'infection de voisinage n'a plus rien que de très rationnel, et les faits de ce genre sont nombreux : la tumeur prélacrymale, succédant à un rétrécissement lacrymal avec épiphora, aura la même étiologie que la poche urineuse consécutive à un rétrécissement accompagné de goutte uréthrale.

Nous n'oublierons pas la tumeur prélacrymale consécutive à un traumatisme extérieur. Là, l'étiologie est simple, c'est celle de toutes les plaies infectées.

Pour les tumeurs prélacrymales communicantes, les tumeurs péricystiques, la paroi antérieure du sac étant perforée, l'infection se propage comme dans les phlegmons appendiculaires avec perforation de l'appendice.

Le sac lacrymal à l'état normal est ouvert à ses deux extrémités, en haut dans les canalicules lacrymaux, en bas dans le canal nasal. Mais dans les cas de tumeur prélacrymale communicante, l'état des voies lacrymales est loin d'être normal. Cette tumeur, en effet, est consécutive à un empyème, une mucocèle du sac, et les voies lacrymales sont par conséquent

atteintes de rétrécissement si elles ne sont pas complètement obstruées, et le sac est représenté par une *cavité close*.

La comparaison avec l'appendicite est donc de mise et la pathogénie de la perforation du sac avec abcès prélacrymal est sensiblement la même que celle de l'abcès appendiculaire avec perforation de l'appendice.

On peut donc invoquer la théorie du *vase clos* de M. Dieulafoy, et dire que les micro-organismes exaltent leur virulence dans ce sac ainsi formé et produisent le sphacèle de sa paroi antérieure, la plus mince, produisant ainsi un abcès en bouton de chemise.

Il nous paraît plus rationnel d'expliquer ainsi cette communication, que de faire jouer un rôle considérable à l'hypertension du liquide purulent dans une cavité close, finissant par rompre les parois qui le retiennent et se diffusant dans les tissus environnants.

C'est du reste une théorie admise par certains auteurs. M. Delens dans le volume du *Traité de chirurgie* de Duplay Reclus, l'expose ainsi :

Après avoir incriminé le cathétérisme dans la production des suppurations périlacrymales, s'exprime ainsi : « Il se peut que la dacryocystite phlegmoneuse soit précédé de la formation d'une *fistule borgne interne* résultant d'une perforation antérieure du sac, non suivie immédiatement d'inflammation suppurative. En dehors de ces causes plus ou moins mécaniques, il suffit dans la plupart des cas, de l'*exaltation* momentanée de la virulence, de nom-

breux microbes qui existent dans les sécrétions du sac lacrymal et du canal nasal. »

Les choses se passent ainsi le plus généralement, l'infection se faisant de l'intérieur à l'extérieur.

Cependant on peut admettre un autre mode de propagation. Nous voyons, en effet, dans l'observation IV, une malade qui a eu trois fois, à une année de distance, des tumeurs prélacrymales et dont la dernière s'est terminée par une dacryocystite compliquant sa tumeur prélacrymale.

Ne peut-on pas admettre dans ce cas que ces infections, peu virulentes il est vrai, en se propageant plusieurs fois à travers la paroi antérieure du sac, quoique la muqueuse de cette paroi soit saine, n'aient fini par affaiblir cette dernière et que, la troisième fois, la collection prélacrymale, bridée en avant par la petite aponévrose que nous avons décrite, n'ait trouvé plus de facilité à se frayer un chemin vers le sac et ulcérer ce dernier qu'à s'ouvrir à l'extérieur.

Si l'on admet que les choses puissent se passer ainsi, la tumeur communicante n'est qu'une complication de la tumeur prélacrymale proprement dite et surtout de la tumeur prélacrymale récidivante.

C'est là une conception qui ne nous est pas personnelle. Nous avons déjà, en effet, cité une définition de l'anchilops par Wenzen, et nous avons fait remarquer les analogies frappantes avec notre tumeur prélacrymale; or, Wenzen dit : « L'anchilops n'a point de communication avec le réservoir des larmes, à moins qu'il ne soit très ancien et que le pus ne se soit fait jour jusqu'au sac lacrymal, ce qui est rare. »

Nous ajouterons que, dans nos observations, nous avons deux cas de dacryocystite purulente consécutive, l'une à tumeur prélacrymale traumatique, l'autre à une tumeur prélacrymale à répétition.

Le pus peut donc fuser de dehors en dedans, quoique le plus souvent il fuse de dedans en dehors, et donner lieu, après ulcération de la paroi antérieure du sac, à un abcès en bouton de chemise, à la tumeur péricystique ou tumeur prélacrymale communicante.

Sans dire que c'est ainsi que les choses se passent, nous signalons la possibilité du fait et des cas où ce serait la seule explication plausible à invoquer.

Nous allons actuellement essayer, dans une petite revue d'ensemble, de faire la pathogénie des suppurations de la loge lacrymale, et de montrer leur progression et leur succession. Nous verrons quelle place nous pourrions assigner à l'affection que nous décrivons et à ses complications.

Le sac lacrymal est logé dans une gouttière osseuse, la gouttière lacrymale, située à la face interne de l'orbite, et limitée en avant par la crête de la branche montante du maxillaire supérieur, et en arrière par la crête de l'unguis.

Cette gouttière osseuse contient la moitié postérieure et interne du sac lacrymal.

Le sac lacrymal, protégé sur sa face postérieure et interne par une lame osseuse, a ses autres faces libres et simplement revêtues des parties molles qui ferment, en avant et du côté externe, la gouttière lacrymale.

Ce sont en avant : la peau lisse et peu épaisse en cette région, doublée d'une mince couche de tissu cel-

lulaire où cheminent quelques petits vaisseaux. Les gros vaisseaux angulaires sont situés à quelque distance du côté externe.

Le tendon direct de l'orbiculaire qui va s'insérer sur la crête de la branche montante du maxillaire supérieur.

Une mince *aponévrose prélacrymale*, que nous avons décrite dans le premier chapitre de ce travail, qui va s'insérer aussi sur cette branche montante d'un côté, et sur le tendon de l'orbiculaire en haut. Un espace rempli de tissu cellulaire peu dense.

Du côté postéro-externe, la gouttière lacrymale est fermée par l'aponévrose orbitaire. Cette aponévrose, après avoir longé le bord postérieur du muscle de Horner, se réfléchit en arrière pour se confondre avec le périoste orbitaire. En avant d'elle, se trouvent le tendon réfléchi et le muscle de Horner.

Du côté postéro-interne, la paroi de la loge est osseuse et le périoste qui la recouvre adhère assez intimement à la face postérieure du sac.

En haut la loge ne dépasse pas la coupole du sac.

Souvent le tendon direct, au lieu de diviser le sac en deux parties, se trouve tout à fait à la partie supérieure de ce dernier et en coiffe la coupole d'une coque fibreuse.

Connaissant la loge lacrymale, supposons une inflammation d'origine sacculaire et essayons de déterminer d'après les données anatomiques, la marche de sa diffusion.

Si c'est sur la face interne que se localise cette inflammation, vu les adhérences intimes de cette

paroi avec le périoste, il y aura un certain degré de périostite (Parinaud).

« Nous croyons, dit M. Rollet, cette lésion exceptionnelle, et ne l'avons jamais rencontrée. La troisième période de la dacryocystite des anciens ou carie nous paraît d'observation extrêmement rare, si bien que l'on doit se demander si jadis, le cas de dacryocystite spécifique ou invétérée mis à part, elle n'était pas provoquée par des traitements intempestifs, (clous et canules à demeure dans le canal nasal).

Si l'inflammation se localise sur la face postero-externe du sac, le pus rencontre une barrière formée par le septum orbitale et le muscle de Horner, et rarement la franchira. Les cas de cellulite orbitaire compliquant un abcès retro-lacrymal sont-ils aussi très rares et les cas cités, avec mort consécutive ou perte de l'œil correspondant, sont-ils souvent dus à une intervention où le bistouri mal dirigé a lui-même sectionné l'aponévrose orbitaire et mis le pus en contact direct avec les graisses de l'orbite.

Sur sa paroi supérieure le sac est, nous l'avons vu, souvent recouvert par le tendon direct.

Dans les cas où le tendon ne recouvre pas cette paroi on peut supposer que l'inflammation sacculaire peut donner lieu à une petite collection supratendineuse.

Ces cas sont d'une observation rare et nous n'en connaissons pas d'observation.

C'est donc seulement en avant que l'inflammation du sac peut librement se développer, elle trouvera un espace à tissu cellulaire peu dense et pourra

donner lieu à collection purulente, qui ne sera autre que la tumeur prélacrymale.

Cependant au lieu de se collecter, elle peut quelquefois se diffuser et donner lieu à des complications.

« Dans les stades plus avancées de la suppuration lacrymale, dit M. Rollet, ou dans les formes plus virulentes, on se trouve en présence tantôt de la péri-cystite ou péridacryocystite diffuse, tantôt de l'abcès en bissac, la poche principale étant en avant du sac, tantôt enfin de la fistulisation externe de l'empyème. La fistule lacrymale est soit complète, soit borgne interne, soit enfin borgne externe. Cette dernière ou tumeur prélacrymale ulcérée serait la plus fréquente ainsi que la fistule anale borgne externe ».

En résumé, le premier terme de la suppuration de la loge lacrymale est la tumeur prélacrymale fermée. Si l'infection est plus virulente ou que l'on n'intervienne pas, cette collection au lieu de se donner jour à l'extérieur peut s'ouvrir dans le sac et former une tumeur prélacrymale communicante.

Enfin l'affection peut se diffuser et l'on a la péri-dacryocystite diffuse ou érysipélateuse où tout le contenu de la loge suppure.

Tumeur péri-cystique et péridacryocystite diffuse peuvent donc être des complications d'une tumeur prélacrymale fermée.

CHAPITRE V.

Diagnostic.

Lorsque l'on est en présence d'une tumeur du grand angle, dans quel cas le diagnostic de tumeur prélacrymale doit-il être porté?

Nous devons rechercher d'abord le siège exact de la tumeur.

Si la tumeur est supra-tendineuse, on a peu de chance d'avoir affaire à une tumeur prélacrymale.

Nous avons vu, en effet, que très souvent le tendon de l'orbiculaire recouvrait complètement la coupole du sac et empêche toute diffusion en ce lieu d'une inflammation sacculaire. Cependant la disposition où le tendon sépare le sac en deux parties inégales n'est pas rare et c'est même la seule admise par les classiques. On conçoit donc dans ce cas qu'une inflammation sacculaire puisse quelquefois donner lieu à une petite tumeur prélacrymale supra-tendineuse.

Nous n'en connaissons cependant aucune observation.

Mais si nous n'avons jamais rencontré de tumeur prélacrymale supra-tendineuse, nous avons vu souvent des tumeurs inflammatoires supra-tendineuses symptomatiques de sinusites frontales, M. Rollet en a lui-même rapporté six cas où la trépanation a confirmé son diagnostic.

Quels seront les signes qui différencieront ces deux collections, prélacrymales et sinusiennes ?

Les symptômes locaux peuvent être les mêmes : une petite tumeur plus ou moins arrondie, fluctuante, assez bien délimitée, la peau qui la recouvre est rouge plus ou moins brunâtre.

Les symptômes lacrymaux peuvent être nuls dans les deux cas, ou si légers dans le cas de tumeur prélacrymale qu'ils passeront inaperçus.

Mais la différence est nette quand il s'agit des symptômes généraux ; la sinusite frontale s'accompagnant de céphalée intense, de thermalité, la tumeur prélacrymale évoluant sans réaction générale.

La terminaison enfin sera caractéristique dans la tumeur prélacrymale, retour *ad integrum* au bout de peu de jours ; dans la sinusite, au contraire, la suppuration s'éternisera toujours, accompagnée de symptômes généraux marqués et la guérison ne sera obtenue que par un traitement chirurgical rationnel, c'est-à-dire la trépanation du sinus et son drainage.

Les tumeurs inflammatoires supra-tendineuses seront donc très rarement des tumeurs prélacrymales et dans ce cas il sera facile de les reconnaître.

Si la tumeur est située au-dessous du tendon, elle pourra être confondue avec l'empyème lacrymal et c'est là l'affection avec laquelle le diagnostic sera le plus délicat, car souvent les deux affections seront superposées l'une à l'autre..

Prenons d'abord l'empyème seul, affection bien définie par tous les classiques et dont l'existence est indéniable.

Il s'annonce par une douleur obtuse, profonde, s'étendant au nez et à l'œil et augmentant considérablement par la pression; celle-ci fait sentir une dureté anormale, circonscrite dans la région du sac, qui bientôt s'élève, se tuméfie et rougit. Les points lacrymaux comprimés s'effacent et cessent de fonctionner, d'où un larmoiment continuels encore augmenté par l'inflammation qui, du sac, se propage à la caroncule et aux paupières. La narine homonyme, d'abord plus humide que de coutume, devient sèche, l'inflammation gagnant la muqueuse qui la tapisse. Bientôt la rougeur et le gonflement s'étendent, la céphalalgie et le délire se mettent souvent de la partie.

Le siège de l'inflammation est la membrane muqueuse qui tapisse le sac et l'appareil lacrymal lequel ne tarde pas à être envahi; le gonflement qui en résulte bouche toutes les issues aux produits de l'inflammation ainsi emprisonnés dans le sac; il en résulte une distention parfois considérable de celui-ci, de la fluctuation et enfin l'ulcération du sac et l'issue du pus par la plaie qui en résulte, laquelle est toujours située dans la paroi antérieure du sac.

Ajoutons à cette description, empruntée au diction-

naire Dechambre, que la tumeur est en général bilobée par le tendon de l'orbiculaire et que fatalement les deux issues du sac lacrymal ne sont pas bouchées, mais que l'on peut trouver l'empyème ouvert, fermé en haut, fermé en bas.

Cherchons maintenant les symptômes communs à ces deux affections et ceux qui permettront de la différencier.

L'empyème est précédé de larmolement souvent intense, ce symptôme généralement manque dans la tumeur prélacrymale.

Il est accompagné, s'il est ouvert, d'un écoulement purulent soit par le nez, soit par les canalicules, mais cet écoulement n'existe pas dans l'empyème fermé.

Les symptômes locaux existent dans les deux cas, mais les symptômes généraux sont souvent très accusés dans l'empyème et toujours nuls dans les tumeurs prélacrymales.

L'examen objectif nous fournira aussi des données importantes de diagnostic.

A l'inspection dans les deux cas, la peau est plus ou moins rouge ou ulcérée, l'inflammation périphérique plus ou moins accusée; la tumeur de l'empyème est généralement bilobée, celle de la tumeur jamais.

A la palpation, les deux sont fluctuantes, et s'il s'agit d'empyème fermé irréductible à la pression. Mais si l'empyème est ouvert, soit en haut, soit en bas, on aura un écoulement lacrymal, soit par les points lacrymaux, soit par la narine correspondante, ce qui n'existe jamais dans la tumeur prélacrymale.

L'exploration des voies lacrymales, enfin, lèvera tous les doutes : dans la tumeur prélacrymale, la sonde passera facilement, à peine révélera-t-elle, rarement un rétrécissement insignifiant, et les injections passeront avec facilité.

Dans l'empyème, au contraire, s'il est fermé ou ouvert en bas, ni la sonde, ni les injections ne passeront; s'il est fermé en bas, la sonde fera reconnaître l'obstruction du canal nasal; s'il est ouvert enfin, elle montrera des rétrécissements, et les injections ramèneront du pus.

Nous avons défini plus haut la tumeur prélacrymale proprement dite, une tumeur arrondie ou ovoïde, développée au-dessous du tendon direct de l'orbiculaire, simulant la tumeur classique par rétention, mais causée par une collection purulente occupant l'espace présacculaire et sans communication avec le sac.

La tumeur péricystique est aussi une tumeur développée dans l'espace présacculaire, mais communiquant avec le sac par une fente glottique, de telle sorte que l'on a un abcès en bouton de chemise. Mais comme l'indique son nom, l'infection est plus diffuse et ne se localise pas seulement en avant, et souvent fait songer à une ostéite développée le long du rebord orbiculaire inférieur, comme l'a montré M. Parinaud.

Si, au point de vue anatomo-pathologique, la différence est évidente : dans le premier cas, poche fermée, dans le second poche ouverte dans le sac, le diagnostic clinique est, dans certains cas, loin d'être

facile, et l'intervention méthodique seule peut vous renseigner.

La tumeur péricystique coexiste avec un empyème du sac.

Si cet empyème est ouvert, la pression sur la tumeur prélacrymale restera irréductible.

Dans les deux cas, la sonde et les injections passeront librement.

L'affaissement de la tumeur sera donc un bon signe différentiel de ces deux affections.

Nous ajouterons que les tumeurs prélacrymales s'accompagnent d'état lacrymal nul ou peu intense, tandis que la tumeur péricystique est toujours précédée d'un catarrhe lacrymal purulent assez intense.

Si l'empyème coïncidant avec la tumeur péricystique est fermé, on aura encore des signes différentiels autres. La sonde ni les injections ne passeront, tandis que les voies lacrymales sont libres dans le cas de tumeur prélacrymale. Il est vrai que l'aspect extérieur de la tumeur sera à peu près identique, située exactement au même endroit, au-dessus du tendon direct, de coloration semblable, rouge plus ou moins brunâtre.

Si, dans ces cas, on peut reconnaître s'il s'agit d'une tumeur prélacrymale ou non, il sera plus difficile de diagnostiquer s'il s'agit d'un empyème ouvert ou fermé, ou d'un empyème avec poche péricystique, et à moins d'admettre son existence d'une façon systématique dans tous les cas, comme M. Jocqs, une intervention méthodique est seule capable de le montrer d'une façon certaine.

Les autres affections du sac seront facilement distinguées de la tumeur prélacrymale. Dans l'ectasie du sac, les antécédents indiqueront une dacryocystite antérieure. La peau sera intacte à la surface de la tumeur, et la pression fera vider la tumeur par la narine correspondante.

Dans les cas de mucocèle du sac, la peau sera intacte. Les douleurs seront nulles ou une simple gêne des paupières existera. L'intervention enfin donnera issue à un liquide filant qui établira le diagnostic.

Quelquefois la peau est teintée d'une couleur bleuâtre, qui a fait donner le nom de varice lacrymale à cette affection, et qu'on ne confondra pas avec la teinte rouge plus ou moins brunâtre de la tumeur prélacrymale inflammatoire.

D'autres affections prélacrymales seront d'un diagnostic plus malaisé parce que l'intégrité des voies lacrymales fera souvent penser à une tumeur prélacrymale ulcérée ou non.

Nous avons cité au début de ce travail une observation de Béraud relatant un cas de kyste dermoïde prélacrymal. Dans un cas semblable la rareté du fait explique les erreurs de diagnostic. Cependant l'histoire de l'affection : son début remontant à de longues années, son évolution lente et indolore, l'intégrité de la peau, l'absence de réaction locale ou générale, excluent l'idée de tumeur inflammatoire. Et si le diagnostic de l'affection ne peut être toujours fait d'une façon certaine, la tumeur prélacrymale inflammatoire doit être en tous cas exclue.

Les épithéliomas récents, ulcérés et infectés peuvent souvent induire en erreur, et des manœuvres tendant à cathétériser le canal nasal par une fistule ont souvent été faites dans ce cas, n'amenant que des complications inflammatoires. L'histoire du malade cependant dans ces cas la mettra sur la voie et s'il existe des ganglions indurés dans la région parotidienne et sous-maxillaire, le diagnostic deviendra facile. Une réserve doit cependant être faite, car des cas d'ulcérations syphilitiques de la région lacrymale seront souvent confondus avec l'épithélioma comme nous en avons rapporté un cas.

M. Panas rapporte un cas de Cirincione où il s'agissait de cysto-adenome de la région prélacrymale. Dans de semblables cas, aux autres symptômes de tumeur prélacrymale s'ajoutera encore la fluctuation. Cependant l'absence de la réaction locale ou générale mettra sur la voie du diagnostic.

Enfin un certain nombre d'affections du grand angle peuvent simuler une tumeur prélacrymale, nous ne citerons que pour mémoire les exostoses et les polypes dont un examen tant soit peu approfondi du malade fera faire le diagnostic.

Nous attirons cependant l'attention sur le simple furoncle du grand angle; qui, s'il se trouve au-dessous du tendon de l'orbiculaire, un examen attentif il est vrai pourra toujours montré que l'inflammation est localisée dans les places les plus superficielles et non dans la place sous-aponévrotique comme dans la tumeur prélacrymale.

Le cathétérisme est donc comme on l'a vu un pré-

cieux moyen de diagnostic, mais il faut le faire avec prudence, car la sonde mal maniée peut ulcérer la paroi antérieure du sac rendu plus faible au cours d'une dacryocystite purulente et provoquer une affection inflammatoire diffuse du grand angle.

CHAPITRE VI.

Pronostic et traitement.

Le pronostic de la tumeur prélacrymale est bénin comme le montre nos observations. Les complications d'inflammation diffuse sont rares. Quelquefois on observe une dacryocystite consécutive ; mais ces cas ne sont pas fréquents et nous n'en rapportons qu'un cas.

Cependant nous disons qu'elle peut récidiver malgré le traitement chirurgical et c'est surtout après plusieurs récidives qu'elle donne lieu à une suppuration du sac avec ou sans communication,

Les tumeurs péricystiques ou tumeurs prélacrymales communicantes sont d'un pronostic beaucoup plus réservé. Si l'on n'intervient pas, la suppuration s'éternise et peut, un moment ou l'autre, donner lieu à une péridacryocystite diffuse, affection d'un pronostic assez grave.

A quel traitement aurons-nous donc recours pour débarrasser le malade de ces affections ?

Ces affections, confondues jusqu'à ces derniers temps avec les dacryocystites ont été soignées par les mêmes moyens : le cathétérisme avec les stylets de Bowman, le débridement des points lacrymaux, les injections, mais suivant le conseil de Wecker on ouvrait jamais la tumeur inflammatoire.

Nous avons déjà dit, un mot des cathétérismes dans le cas de suppuration : nous sommes convaincus que leur efficacité est faible et que de plus ils offrent un réel danger. Il suffit lorsque le sac contient du pus d'une éraillure de sa paroi antérieure pour déterminer une infection diffuse et M. Delens en fait une des causes du phlegmon lacrymal. Nous ne voyons donc aucun inconvénient de s'abstenir du cathétérisme dans ces cas et pour nous, la sonde est plutôt un instrument de diagnostic qu'un instrument de traitement.

Quant au bout d'un certain temps, la collection arrivait à la peau et l'ulcérail on a avait recours aux caustiques et même au thermocautère. Or, comme l'a montré M. le Prof. agrégé Rollet, le sac est profondément situé et dans les interventions timides ou aveugles, à l'insu de l'opérateur, il risque fort de ne pas être atteint ni par conséquent modifié.

Cependant ces prétendues dacryocystites guérissaient par ces manœuvres ; c'est là un point sur lequel nous voulons insister.

Puisqu'elles guérissaient et que le sac n'était pas modifié, c'est que l'affection ne se trouvait pas dans le sac, mais au devant de lui et que les caustiques l'atteignaient ; en d'autres termes ce n'étaient que des *tumeurs prélacrymales ulcérées*.

Celles au contraire qui résistaient à ces manœuvres étaient de vraies dacryocystites. C'est là, du moins, l'idée qu'à toujours soutenue M. le professeur agrégé Rollet.

Si la tumeur prélacrymale communique avec le sac et s'est ouverte au dehors, les caustiques portés de l'extérieur n'atteindront que la poche présacculaire et l'écoulement purulent persistera, les injections et les cathétérismes n'auront d'action que sur le canal nasal ou le sac qu'ils dilateront et débarrasseront du pus sans pouvoir modifier leur muqueuse enflammée.

Quelle conduite faudra-t-il suivre alors dans ces cas ?

Dans la tumeur prélacrymale proprement dite, on devra débrider en avant largement pour donner libre issue au pus et panser à plat. La plaie se cicatrisera vite. Le drainage est même la plupart du temps inutile.

Dans la tumeur prélacrymale communicante, une simple incision antérieure ne peut suffire ; elle viderait bien la poche antérieure et la cicatrisation pourra peut-être s'obtenir à la longue, mais la loge prélacrymale se réinfecterait par l'ouverture de la paroi antérieure du sac. C'est donc à une intervention plus radicale qu'il faudra avoir recours et nous proposerons la même intervention que dans l'empyème du sac : l'extirpation de ce dernier, faite avec succès nombre de fois par M. le professeur agrégé Rollet, à Lyon.

Nous proposerons le manuel opératoire suivant :
Dans le cas de tumeur prélacrymale proprement dite

on fera une incision cutanée sous-tendineuse, longue de deux centimètres, courbe et parallèle au rebord orbitaire inférieur et à quatre ou cinq millimètres au-dessous de lui.

La collection sera ouverte, et le pus aura ainsi un large écoulement. La plaie sera pansée à plat à la gaze et à l'ouate aseptiques.

Au bout de quelques jours la plaie est complètement détergée et la cicatrisation sera très vite complète, ne laissant qu'une trace presque imperceptible.

Cette petite opération devra être faite sous anesthésie car elle permettra alors de se rendre compte de l'état du sac et, si sa paroi antérieure n'est pas intacte comme dans le cas de tumeur communicante, de l'extirper complètement.

Dans ces cas on fera écarter les bords de la plaie par un aide au moyen de deux crochets à strabisme.

L'hémorragie qui se produira ne devra pas trop préoccuper le chirurgien, son seul inconvénient est d'obscurcir le champ d'opération ; la plaie sera donc tamponnée avec de la gaze.

Le chirurgien ayant devant lui la paroi antérieure du sac la saisit avec une pince à mors et libère facilement, avec de petits ciseaux, la paroi antérieure.

Les parois interne et postérieure se détachent très facilement à l'aide d'une petite rugine, du périoste de la gouttière lacrymale. Au niveau de l'unguis il faudra prendre garde de ne pas disséquer trop loin vers le globe de l'œil, afin de ne pas pénétrer dans la loge adipeuse de l'orbite.

La section des canalicules lacrymaux se fera facilement.

La coupole du sac est la partie la plus difficile à enlever. Il faudra à l'aide d'un crochet à strabisme attirer le tendon en avant et le séparer du sac avec des ciseaux.

Quelquefois elle cèdera simplement en l'attirant en bas avec précaution. Si la manœuvre ne peut s'effectuer il faudra couper le tendon sur la sonde cannelée et disséquer l'extrémité du sac en l'attirant en bas.

Le sac libéré est attiré en haut et en avant et séparé aussi loin que possible du canal nasal.

Cette extirpation doit être menée aussi rapidement que possible.

Si le sac n'a pu être extrait intact et si surtout il était purulent il faudra procéder au curettage de la loge.

M. Rollet recommande d'enfoncer la curette dans le canal nasal et de refaire ainsi une voie aux larmes.

La poche sera lavée au sublimé à 1/5000.

Si le tendon de l'orbiculaire a été sectionné on réunira ses extrémités au catgut. La plaie sera pansée à plat avec de la gaze aseptique.

Le quatrième jour on enlève le pansement, on voit une petite traînée rouge qui au bout de quelques jours devient blanche et au bout de deux septenaires simule, et seulement à un examen très attentif, un léger pli cutané.

Jamais on a d'ectropion, même avec une incision courbe.

On pourrait penser qu'après l'extirpation du sac

lacrymal, l'écoulement des larmes subirait quelque perturbation et qu'un épiphora en serait la conséquence; il n'en est rien, jamais on a eu d'épiphora et M. le Prof. agrégé Rollet a montré que cela résultait d'une atrophie partielle de la glande lacrymale consécutive à l'ablation du sac.

L'incision que nous avons préconisée peut servir dans les deux cas, que le sac soit indemne ou non. Si le sac est atteint, elle servira à pratiquer son extirpation, si le sac est sain elle donnera une large voie au puits de la tumeur prélacrymale et permettra de se rendre compte de l'état de la paroi antérieure et souvent c'est par elle seulement qu'on pourra diagnostiquer une tumeur communiquant avec le sac et formant un abcès en bouton de chemise.

OBSERVATION I.

(Service de M. Prof. agrégé Rollet.)

*Tumeur prélacrymale inflammatoire. — Incision.
Guérison. — Récidive au bout d'un an.*

A. J.-F., chauffeur au P.-L.-M., 34 ans, entré à l'Hôpital de la Croix-Rousse, salle Saint-Pothin, le 7 janvier 1900.

ANTÉCÉDENTS. — Père mort jeune encore après une maladie de courte durée.

Mère vivante et bien portante. Sœur morte des suites de couches: une seconde bien portante.



OBSERVATION I

Personnellement pas de maladie grave.

A son entrée à l'hôpital, il présente, au niveau du grand angle de l'œil, au-dessous du tendon de l'orbiculaire, une tumeur grosse comme une noisette. A ce niveau, la peau est rouge brunâtre, avec quelques croûtelles. Au toucher, on a très nettement la sensation d'une collection fluctuante.

Quand on l'interroge, on apprend qu'il y a deux ans, il fut opéré pour une dacryocystite ; mais les symptômes de cette prétendue dacryocystite sont, dit-il, exactement les mêmes que ceux qu'il ressent actuellement.

L'affection ancienne, comme la présente, a débuté par un petit bouton au-dessous de l'angle interne de l'œil gauche ; il se gratta et fit sourdre quelques gouttelettes de pus à ce niveau. Jamais, pas plus à ce moment qu'actuellement, il n'a eu de larmoiement : il n'a jamais non plus mouché de pus.

Donc, il n'y a pas de doute, pas plus il y a deux ans qu'actuellement, il n'a eu de dacryocystite. L'intervention décidée, le 12 janvier 1900, on fait une incision de deux centimètres au niveau de la tumeur. Il s'écoule un peu de pus.

Le sac lacrymal, très profondément situé, n'est pas touché au moment de l'intervention.

Le pus recueilli est envoyé au laboratoire de la Faculté ; l'analyse bactériologique, pratiquée par M. P. Courmont, y décèle des staphylocoques.

Le 15 janvier 1900, le malade sort de l'hôpital ; l'état local est excellent, il n'y a pas de pus et pas de larmoiement.

M. le D^r Navarre, médecin du P.-L.-M., qui a revu le malade, a bien voulu nous communiquer les renseignements suivants :

16 janvier 1901. La tumeur reparait à l'angle interne de l'œil. Elle est actuellement de la grosseur d'un gros pois. Pas d'épiphora.

OBSERVATION II.

(Recueillie à la consultation gratuite de M. le Prof. agrégé Rollet.)

*Tumeur prélacrymale inflammatoire. —
Ulcération. — Guérison.*

O. Antoine, 23 ans, chauffeur au P.-L.-M.

Le 25 Novembre 1900, le malade s'aperçoit qu'il porte au-dessous de l'angle interne de l'œil gauche une petite tumeur indolente et la prend pour un bouton sans s'en inquiéter davantage.

Le 4 Décembre, il se présente à la consultation gratuite de la Croix-Rousse.

A ce moment on voit une tumeur infra-tendineuse de la grosseur d'une grosse noisette. La peau est rouge et enflammée et en un point on aperçoit une petite surélévation acuminée terminée par un point blanchâtre. La tumeur n'est ni bosselée ni séparée en deux parties inégales comme dans l'empyème du sac.

Les contours de la tumeur sont assez délimités mais un léger œdème l'entoure cependant, mais ne suffit pas à gêner le mouvement des paupières.

A la palpation la sensation de fluctuation est très nette.

Jamais le malade *n'a eu d'épiphora ni n'a jamais vu soudre de pus de ses points lacrymaux ou de la narine correspondante.*

La conjonctive palpétrale est légèrement hyperhémisée. On donne au malade un billet d'entrée pour l'hôpital, mais jamais le malade n'est venu.

M. le D^r Navarre, médecin du P.-L.-M. a bien voulu nous communiquer les renseignements suivants sur ce malade (16 janvier 1901):

La tumeur qui était de la grosseur d'une coque d'amande, quand je l'ai adressée à M. Rollet, a disparu complètement aujourd'hui, sans intervention. La place est à peine marquée par un peu de rougeur. J'avais simplement conseillé à ce malade de renifler matin et soir de l'eau boriquée et de laver son œil avec de l'eau boriquée et du coton hydrophile. Il a appliqué en plus sur la tumeur un emplâtre et c'est à ce topique qu'il attribue la disparition de sa tumeur.

Pas d'épiphora. — Retour apparent ad intégrum.

OBSERVATION III.

(Service de M. le Prof. agrégé Rollet).

*Tumeur prélacrymale inflammatoire. — Ulcération.
Guérison.*

P. dit Beausoleil, confiseur, entre à l'hôpital de la Croix-Rousse, service de M. Mollard, salle St-Irénée,

le 1^{er} avril 1899, pour une congestion cérébrale (ictus probable) et contusion de la hanche gauche.

Antécédents personnels : le malade a déjà plusieurs séjours à l'Hôtel-Dieu, soit à la Croix-Rousse ou à St-Pothin, pour des affections pulmonaires. Le 7 mars 1900, il passe dans le service de M. le Prof. agrégé Rollet, pour une affection oculaire. A son entrée, on remarque au niveau du grand angle de l'œil gauche une tumeur plus grosse qu'une noisette, fluctuante. La peau qui la couvre est rouge et tendue et ne tarde pas à s'ulcérer.

Il s'écoule une certaine quantité de pus.

Le 12 mars, la fistule s'est cicatrisée.

Le 14 mars, *le malade se plaint d'un léger larmoie-*
ment, la pression sur la cicatrice est douloureuse mais il n'y a plus aucun phénomène inflammatoire.

En interrogeant le malade sur ses antécédents lacrymaux, on apprend que depuis longtemps il a *de l'épiphora* intermittent et que cet épiphora augmente chaque fois que le malade, qui est un alcoolique, fait des excès de boisson ; que, de plus il y a 8 jours, le malade a été pris d'une violente douleur à l'angle interne de l'œil gauche.

Le pus recueilli à la fistule a été envoyé au laboratoire de bactériologie de la Faculté. L'examen a été fait par M. Courmont, chef des travaux de bactériologie.

« Les préparations extemporanées n'ont pas montré de microbe. »

Les cultures en bouillon ont donné lieu au développement d'un microbe poussant en grumeaux, se pré-

sentant au microscope sous forme de chaînettes, de grains, gardant la coloration de Gramm : en somme culture pure de *streptocoque typique*.

OBSERVATION IV.

(Recueillie à la consultation gratuite de M. le prof. agrégé Rollet).

Tumeur prélacrymale inflammatoire avec épiphora léger. — Deux récidives ; dacryocystite purulente ouverte à l'extérieur.

G... Sophie, 42 ans, ménagère.

Pas d'antécédent héréditaire ni personnel.

Depuis une dizaine d'années le malade souffre par intermittence d'une affection du grand angle de l'œil.

Un premier abcès remonte à cette époque, son ouverture a été spontanée et sa cicatrisation s'est faite en trois jours.

De l'épiphora depuis cette époque.

Il y a trois ans nouvel abcès avec ouverture spontanée et guérison en quelques jours.

Toujours de l'épiphora.

Il y a un an une dacryocystite véritable se déclare, le sac forme une poche volumineuse qui se vide à la pression, par la narine correspondante.

Au mois d'avril 1900, le pus s'arrête et il apparaît une tumeur volumineuse *non bilobée* qui s'ouvre à l'extérieur et forme fistule.

Le pus depuis ne s'écoule pas par le nez.

On donne un billet d'hôpital à la malade qui ne revient pas.

OBSERVATION V.

(De M. le prof. agrégé Rollet).

Tumeur prélacrymale fongueuse. — Curettage. — Guérison.

Louise M..., fillette de huit ans. Enfant bien portante en venant au monde est confiée à une nourrice qui meurt poitrinaire deux mois après l'avoir sevrée.

Son père, restaurateur à Caluire, est bien portant, sa mère jouit d'une bonne santé; ni frère, ni sœur.

La santé de l'enfant a toujours été mauvaise, elle tousse fréquemment et a des hémoptysies. L'enfant a été mise à la campagne et on a constaté une amélioration, puis elle fut prise de convulsions et présenta de l'engorgement ganglionnaire cervical et inguinal.

C'est insidieusement que ce sont déclarés, il y a quelques mois, les signes d'une tumeur lacrymale.

A son entrée dans le service, fistule lacrymale avec tuméfaction infra-tendineuse circonscrite faisant songer à une rétention. Le cathétérisme des voies d'excrétion des larmes est impossible, mais les injections passent.

L'enfant est pâle, amaigrie et présente une grosse adénite cervico-maxillaire unilatérale gauche et quelques ganglions dans la région cervicale postérieure.

Sous l'anesthésie, on pratique le premier temps de l'extirpation du sac, au niveau de la fistule, on enlève à la curette des fongosités semblables à celles de la tuberculose. Après tamponnement à la ouate, on aperçoit profondément le sac non altéré qui n'est ni incisé ni excisé.

Il s'agit d'une masse fongueuse prélacrymale.

La malade est partie au bout de quinze jours, la plaie complètement cicatrisée, pas de larmoiment.

Deux mois après l'adénite cervicale devient chaude et douloureuse ; à l'incision, issue de pus caséeux.

Quelques mois après la malade est revue : aucune suppuration lacrymale, pas de cicatrice appréciable. On envoie la petite malade à l'hôpital de Giens Hyères.

OBSERVATION VI.

(Due à l'obligeance de M. Villard, chirurgien des Hôpitaux).

*Tumeur prélacrymale inflammatoire. —
Pas d'écoulement lacrymal. — Incision. — Guérison.*

M. X..., étudiant en médecine âgé de 23 ans, sans antécédent héréditaire ni personnel, a vu apparaître, il y a deux mois, au niveau du grand angle de l'œil, une tuméfaction légèrement douloureuse et progressivement croissante.

Lorsque nous l'examinons, on constate un peu au-dessous de l'angle interne, empiétant à la fois sur la

partie latérale gauche du nez et sur la joue correspondante, une tumeur du volume d'une grosse amande.

Cette tuméfaction est bosselée, séparée en son milieu *verticalement* par un léger sillon.

La peau est amincie, de coloration rouge brunnâtre et a l'aspect de l'inflammation qui précède l'ulcération des téguments.

La palpation légèrement douloureuse démontre qu'il s'agit d'une collection très nettement fluctuante.

Rien du côté de l'œil et de ses annexes, la conjonctive et les paupières sont normales, les points lacrymaux intacts; à aucun moment ce jeune homme n'a présenté de symptôme d'épiphora ou de dacryocystite.

Rien du côté de l'appareil nasal.

L'ouverture et le drainage de la collection étant décidés avec l'intention de vérifier l'origine osseuse ou non de ce foyer de suppuration, une petite incision pratiquée sur le côté du nez démontre l'intégrité du squelette sous-jacent.

On se contente d'un drainage par un paquet de crins de Florence qui ressortent par une contre-ouverture faite du côté de la joue.

Suites très simples: guérison obtenue en dix jours avec conservation de la peau qui recouvrait la collection. Pas de larmolement.

OBSERVATION VII

(Due à l'obligeance de M. J. Coste, externe des Hôpitaux.)

*Tumeur prélacrymale inflammatoire récidivante. —
Ulcération. — Guérison.*

M. Colombe ménagère, salle Gensoul n° 24.

Au mois de Juin 1899, la malade, qui ne donne aucun renseignement sur son passé lacrymal, vit apparaître à l'angle interne de son œil droit un petit bouton qui, douloureux à la pression, s'accompagna bientôt d'une réaction locale assez intense pour inquiéter la malade et l'obliger à consulter un médecin.

Le médecin fit une légère incision sur la tumeur et prescrivit des frictions loco dolente avec de la pommade rouge. Sur ces entrefaites survinrent des douleurs abdominales qui nécessitèrent l'entrée de la patiente à la Charité.

Le docteur Vincent, dans le service duquel elle fut admise, fit un curettage de l'utérus et profita de l'anesthésie pour inciser de nouveau l'abcès que, malgré le traitement précédemment institué, elle portait toujours à l'angle interne de l'œil.

L'incision du docteur Vincent fut suivie de l'établissement d'une fistule par où s'écoulait du pus, la malade *spécifie bien que jamais à ce moment elle n'eût de larmoiement ni d'écoulement purulent à l'angle interne de l'œil.*

Le docteur Loison qui vint remplacer le D^r Vincent, dilata le point lacrymal inférieur et fit du cathétérisme sans résultat et bientôt se décida à pratiquer sous anesthésie le curettage de la cavité de l'abcès.

Cette opération fut suivie d'un plein succès, la plaie opératoire se cicatrisa rapidement et la malade, en quittant la Charité, était complètement guérie de son affection oculaire,

En Février 1900 elle est reçue à l'Hôtel-Dieu, salle Gensoul, pour des manifestations de syphilis tertiaire: nécrose de l'apophyse palatine du maxillaire supérieur, au cours du traitement desquelles elle présentait de nouveau des accidents du côté des voies lacrymales.

Subitement, dans la nuit du 28 juin 1900, elle fut prise d'une douleur périorbitaire, à maximum localisé au niveau de l'angle interne de l'œil droit. Au réveil, un œdème considérable des paupières maintient fermée la fente palpébrale, l'œil larmoie et l'on remarque au niveau du sac lacrymal une tuméfaction arrondie *non bilobée* par le tendon de l'orbiculaire, immobile sur les parties profondes. Cette tumeur est douloureuse à la pression, et la palpation ne donne pas la sensation de la fluctuation. Si l'on presse sur elle, elle ne se réduit pas et l'on ne fait pas apparaître de pus au niveau du point lacrymal correspondant. La peau, à son niveau, est rouge brunâtre, luisante et chaude comme sur un abcès qui va bientôt s'ouvrir à l'extérieur. Les douleurs, localisées d'abord autour de l'orbite, s'étendent bientôt à toute la moitié droite de la tête.

Le cathétérisme lacrymal ne peut être fait par suite de l'indocilité de la malade.

Pas d'élévation thermique. On fait placer sur la tumeur des compresses imbibées d'eau boriquée tiède. Pendant la nuit qui suivit : douleurs vives et lancinantes, insomnie.

Le 30 juin, la tumeur est fluctuante, l'œdème palpébral a disparu, les douleurs ont beaucoup diminué d'intensité. On continue les applications chaudes.

Le lendemain, la tumeur s'ouvre spontanément et par la fistulette s'écoule un pus jaunâtre, épais et bien lié. Comme traitement, on se borne à des soins antiseptiques.

Disparition rapide des phénomènes douloureux, peu à peu la tuméfaction disparaît, la fistule se cicatrise, et le 5 juillet, tout est rentré dans l'ordre.

A aucun moment, il n'y a eu de larmoiement.

OBSERVATION VIII.

(Observation due à l'obligeance de M. Jacqueau.)

Tumeur prélacrymale due à un traumatisme extérieur.

Ouverture dans le sac. — Dacryocystite purulente.

M. X..., reçut le 18 novembre 1899 un éclat de bois dans le coin de l'œil, vit se développer à cet endroit une petite ulcération.

Les jours suivants l'inflammation gagne tout le grand angle et un véritable abcès se forme. Jamais

d'écoulement de pus par le nez ou les points lacrymaux.

Voici les anamnestiques donnés par le malade, il s'agit vraisemblablement d'une suppuration de la loge prélacrymale.

Le 21 décembre 1899 (14 jours après le traumatisme), il se présente à notre consultation prétendant larmoyer depuis 4 ou 5 jours. On constate alors une zone présacculaire très enflammée rouge, douloureuse, exulcérée et la pression sur cette zone fait évacuer un liquide purulent par les points lacrymaux.

Localement on applique des solutions antiseptiques sur la peau et la guérison survient assez vite; mais la dacryocystite persiste malgré les lavages fréquemment répétés et des sondages qui ont toujours présenté une certaine difficulté.

Au bout de trois mois ce malade disparaît de notre consultation, encore porteur d'une dacryocystite très nette presque non supprimée et paraissant alors absolument indemne de toute lésion prélacrymale.

OBSERVATION IX.

(M. Jocs, *Clinique ophtalmologique* du 25 Février 1900.)

Mucocèle du sac lacrymal avec perforation de la paroi antérieure et poche présacculaire.

« Un homme de 54 ans, jardinier, vient me consulter en août 1898 pour un corps étranger incrusté

dans la cornée gauche. Cet homme avait aussi du côté une tumeur dure, très distendue, de la grosseur d'un gros pois. Mais cette affection ne l'inquiétait pas ; la poche se vidait de temps en temps par la narine correspondante. Jamais il n'avait eu de phlegmon bien qu'il portât la tumeur depuis plusieurs années.

Malgré une forte pression il me fut impossible de la vider ni par les canalicules, ni par la narine et cependant au dire du malade, la tumeur se vidait d'elle-même de temps en temps, très facilement. Je n'eus pas de peine à décider le malade à se faire débarrasser de cette infirmité. Je fis l'incision habituelle, mais je ne savais pas ici si je n'entrais pas directement dans le sac. Il ne sortit que du mucus filant. C'était donc une mucocèle. Tamponnement avec de l'ouate antiseptique jusqu'au lendemain. Lorsque le tampon fut enlevé, la cavité étant exsangue et vide, il me fut facile de voir d'abord que la plaie était très profonde, ensuite que dans son milieu elle était nettement étranglée et *divisée en deux parties par une fente glottique* qui laissait pénétrer dans une autre cavité capable d'engloutir un bourdonnet de coton de la grosseur d'un très petit pois, tandis que la cavité antérieure était plus large, tomenteuse, et s'étendait sous les bords de la peau décollés. C'était pour moi la démonstration anatomique irréfutable d'une cavité péricystique. »

CONCLUSIONS

I. — Quand on voit au-dessous du tendon direct de l'orbiculaire une tumeur rougeâtre, adhérente à la peau, ovoïde, à grand diamètre vertical ou oblique externe on porte à coup sûr, croit-on, le diagnostic de tumeur lacrymale, c'est-à-dire, de tumeur par rétention; assez souvent il n'en est rien, on est en présence d'une tumeur prélacrymale (Rollet).

II. — La tumeur prélacrymale, non réductible à la pression digitale, est une inflammation de l'espace présaéculaire, et nos recherches anatomiques qui ont porté sur douze sujets, nous ont permis de constater la présence de cette loge cellulaire, située immédiatement au-devant du sac et limitée en avant par une aponévrose. Cette suppuration circonscrite prend une forme simulant celle de la tumeur lacrymale, en raison de ses limites anatomiques.

III. — La tumeur prélacrymale est inflammatoire, beaucoup plus rarement tuberculeuse ou syphilitique.

IV. — Cette tumeur prélacrymale peut ne pas s'accompagner de dacryocystite, souvent s'il y a écoulement lacrymal il n'est qu'insignifiant. —

V. — La tumeur prélacrymale est apparemment produite par des micro-organismes venus du sac, sans qu'ils l'aient infecté, et qui pullulent dans l'espace présacculaire, sans qu'il y ait perforation du sac lacrymal. Il se passe là ce que l'on voit, par exemple, dans les abcès : périanal, périnéphrétique...

VI. — Le diagnostic de la tumeur prélacrymale doit se faire avec les néoplasies ou les inflammations pilo-sébacées de la région qui ne seront que très rarement localisées à la région du sac. — Il doit se faire spécialement avec la tumeur lacrymale vraie, c'est-à-dire, la mucocèle ou l'empyème du sac. Un écoulement purulent concomittant, le cathétérisme et surtout la possibilité de vider la tumeur par la pression digitale mettront sur la voie du diagnostic.

VII. — La tumeur prélacrymale semble pouvoir s'ouvrir secondairement dans le sac, mais bien plus fréquemment si l'on n'intervient pas, elle s'ouvrira à la peau avec guérison spontanée. Inversement une perforation du sac dans le cas d'empyème peut créer une tumeur prélacrymale secondaire, longue à guérir en raison de la fistulisation lacrymale.

VIII. — La connaissance de la tumeur prélacrymale est très importante, elle nous explique les cas de soi-

disant tumeurs lacrymales guérissant rapidement ou spontanément quand il s'agit de tumeurs prélacrymales et au contraire de tumeurs lacrymales vraies qui s'éternisent avec ou sans fistule.

IX. — Le traitement des tumeurs prélacrymales inflammatoires est des plus simples, il faut s'abstenir de tout cathétérisme qui peut créer une dacryocystite, il suffira d'inciser l'abcès circonscrit, de curetter son intérieur et de panser à plat. Ce ne sera que dans le cas où le sac est malade qu'on est autorisé à l'enlever méthodiquement.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
ANTONIN PONCET.

Vu :

P^r LE DOYEN : L'ASSESEUR,
LACASSAGNE.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR,
PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
G. COMPAYRÉ.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ARMAIGNAC. — A propos de la tumeur lacrymale, Annales d'oculistique, novembre 1900.
- BÉRAUD. — Archives générales de médecine, 1855.
- DELENS. — Traité de chirurgie de Duplay-Reclus, tome IV.
- DESMARRE fils. — Leçons de chirurgie oculaire, Paris, 1874.
- DESMARRE père. — Traité des maladies des yeux, Paris, 1858.
- DEMOURS. — Mon journal, 1799 et Précis des maladies des yeux, 1821.
- FUCHS. — Manuel d'ophtalmologie, Paris, 1899.
- HAAB et TERSON. — Manuel des maladies externes de l'œil, Paris, 1900.
- JARJAVAY. — De la tumeur lacrymale formée par la dilatation des conduits excréteurs des larmes, Archives d'opht., 1854.
- JOCQS. — Considération sur la constitution de la tumeur lacrymale, Clinique ophtalmologique, Février 1900.
- MACKENSIE. — Traité des maladies des yeux, 1856.
- MEYER. — Traité des maladies des yeux, Paris, 1895.
- PANAS. — Traité des maladies des yeux, 1894.
- PETIT (J.-L.). — De la fistule lacrymale, 1734.

PEYROUX. — Des affections du grand angle simulant une dacryocystite, Thèse de Lyon, 1894.

ROLLET (E.). — La tumeur prélacrymale, Lyon Médical, 4 février 1900.

— De la tumeur prélacrymale et son traitement, Annales d'oculistique, Mai 1900.

— La tuberculose primitive du sac lacrymal, Clinique ophtalmologique, 10 juillet 1899.

— Traitement des dacryocystites par l'extirpation du sac lacrymal, Lyon Médical, 7 juin 1896.

— De l'extirpation du sac lacrymal, Lyon Médical, 2 mai 1897.

PARINAUD. — Annales d'oculistique, mai 1891.

TERSON. — Chirurgie oculaire, Paris 1901.

TRUC et VALUDE. — Éléments d'ophtalmologie, Paris 1896.

VADON. — De l'extirpation du sac lacrymal dans les dacryocystites, Thèse de Lyon, mars 1897.

VINCENT. — Tuberculose du sac lacrymal, Thèse de Lyon, 1900.

WARLOMONT. — Article pathologie lacrymale, in Dictionnaire Dechambre, Paris, 1868.

WECKER (De). — Traité d'ophtalmologie, T. IV, Paris, 1889.

WENZEN. — Manuel d'oculistique, Paris, 1808.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
PRÉFACE	5
CHAPITRE I. — De l'existence anatomique de la tumeur prélacrymale.....	7
CHAPITRE II. — Définition et historique de la tumeur prélacrymale.....	13
CHAPITRE III. — Symptomatologie de la tumeur pré- lacrymale.....	21
CHAPITRE IV. — Étiologie. — Pathogénie.....	33
CHAPITRE V. — Diagnostic de la tumeur prélacrymale.	43
CHAPITRE VI. — Pronostic. — Traitement de la tumeur prélacrymale.....	53
CONCLUSIONS	73
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.....	77
